

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 février 1893, à 1 heure

Par ÉDOUARD CHRISTEN

Né à Paris, le 17 janvier 1863

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. } PINARD, professeur.
 } DELBET, VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

113

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 février 1893, à 1 heure

Par ÉDOUARD CHRISTEN

Né à Paris, le 17 janvier 1863

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
DEL BET, VARNIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR EUGÈNE CHRISTEN

Pharmacien de 1^{re} classe

Souvenir d'affectueuse reconnaissance

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

RHUMATISME

BLENNORRHAGIQUE

ET DE

SON TRAITEMENT PAR L'ARTHROTOMIE

AVANT-PROPOS

Le rhumatisme blennorrhagique se révèle sous quatre modalités cliniques différentes :

1° L'artrhalgie ; 2° l'hydarthrose ; 3° l'arthrite aiguë ; 4° l'arthrite suppurée.

La fréquence de ces diverses variétés est loin d'être la même, et tandis que l'arthrite suppurée est très rare ; si rare même qu'elle a été, mais à tort, niée pendant longtemps, l'hydarthrose et l'arthrite aiguë, sont au contraire les formes communes qui traduisent l'influence morbide de la blennorrhagie sur les articulations. C'est le traitement de l'arthrite

aiguë que nous aurons surtout en vue dans le cours de notre étude.

Afin de mieux préciser les indications de ce traitement, il nous paraît utile d'en faire précéder l'exposé par un résumé succinct, en quelques pages, de l'évolution symptomatique et de la pathogénie des arthropathies blennorrhagiques. Mais avant d'entrer dans notre sujet, notre premier devoir est d'exprimer toute notre gratitude aux maîtres éminents qui ont bien voulu nous guider dans nos études.

Je prie mes maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Lannelongue, Jaccoud, G. Sée, MM. Dumontpallier, Babinski, Richardière, Juhel-Rénoy, et Ricard de croire à mes plus vifs sentiments de reconnaissance.

Je dois considérer au nombre de mes maîtres les meilleurs M. le Dr H. Gillet. Je tiens surtout à lui présenter mes remerciements les plus sincères pour l'amitié et la bienveillance dont il m'a donné tant de preuves et je suis heureux de l'assurer ici que j'en garderai toujours précieusement le souvenir.

Je dois aussi une place à part à mon ami Wassilieff qui fut mon interne à l'Hôtel-Dieu. Il a bien voulu nous faire penser à cette étude, il nous a aidé de ses excellents conseils, et a mis à notre disposition ses observations avec une obligeance dont je tiens à le remercier bien sincèrement.

J'exprime également mes plus vifs remerciements à M. le Dr Walther, pour les deux observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'hommage de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre président de thèse.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE.

Début. — Le rhumatisme blennorrhagique se montre en général dans la période aiguë de la blennorrhagie du dixième au quinzième jour, on l'a vu survenir du cinquième au huitième, et dans ces cas, on observe souvent la disparition brusque et définitive ou temporaire de l'écoulement avec le début des arthrites. Assez souvent il se montre plus tard, et même au cours de vieilles blennorrhées ignorées la plupart du temps des malades qui en sont porteurs et qui s'observent peu. Il faut alors un examen attentif de l'urèthre pour rapporter l'affection à sa véritable cause.

Longtemps regardée comme l'apanage exclusif du sexe masculin, cette complication de la chaudepisse est loin d'être rare chez la femme, puisque M. Brun (1), sur 20 observations, cite 13 cas rencontrés chez la femme.

Il est de règle qu'un petit nombre d'articulations soient prises dans le rhumatisme blennorrhagique, soit simultanément, soit successivement. Une seule articulation peut être atteinte, c'est la monoarthrite, variété bien décrite par M. Brun; d'autres fois, et c'est le cas le plus commun, un

1. Brun. *De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique*, Thèse de Paris, 1881.

nombre plus ou moins considérable d'articulations sont frappées, c'est la polyarthrite, et encore peut-on dire que généralement la détermination définitive est oligo-articulaire.

Toutes les jointures peuvent être atteintes, mais le genou, et surtout celui du côté gauche constitue un lieu d'élection si fréquent que Swediaur décrivait sous le nom de gonocèle le rhumatisme blennorrhagique du genou. Puis viennent, par ordre de fréquence, le coude, le poignet, l'articulation sterno-claviculaire, enfin l'arthrite coxo-fémorale, tibio-tarsienne, scapulo-humérale. D'ailleurs, il est assez fréquent de voir la fluxion articulaire lécher plusieurs jointures, avant de mordre sur une seule, le coude ou le genou.

Quelles que soient les articulations envahies et leur nombre, il est rare que l'arthrite aiguë survienne d'emblée. Le plus souvent elle est précédée de douleurs vagues, erratiques, dans les bras et les jambes, tantôt dans la continuité des membres, tantôt au niveau des articulations, douleurs plus vives le matin au réveil, entraînant une certaine gêne fonctionnelle, mais pouvant diminuer ou même disparaître pendant la journée sous l'influence des mouvements. Ces phénomènes arthralgiques constituent une véritable période d'invasion, puis éclatent les accidents aigus de la période d'état. M. Duplay fait remarquer que souvent on note dans les commémoratifs un traumatisme comme cause occasionnelle.

On a incriminé au même titre, et avec raison, l'influence du froid, des fatigues, du surmenage.

La douleur est toujours le symptôme prédominant et le premier en date. Elle est véritablement atroce, plus vive la nuit que le jour, et rend impossible tout mouvement provoqué ou spontané, le patient poussant des cris dès qu'il est

forcé de déplacer le membre malade. La pression au niveau des interstices articulaires exagère encore cette douleur, de plus on peut constater qu'il existe autour de l'articulation un grand nombre de points douloureux dus au développement d'une périarthrite.

Peu de temps après la douleur se montre une tuméfaction de plus en plus marquée qui déforme le membre. Elle résulte pour causes l'œdème intense de la région, œdème accompagné parfois de lymphangite superficielle et de coloration rosée, et l'épanchement dans les séreuses péri-articulaires et dans la jointure elle-même.

Les membres atteints se fixent dans la demi flexion, attitude qui a pour but de supprimer la douleur.

Lorsque cependant l'épanchement intra-articulaire, qui est ordinairement de quelques grammes, s'élève en quantité à 150 ou 200 grammes, il peut aussi contribuer pour sa part à cette attitude du membre. On sait, en effet, que Bonnet de Lyon, en pratiquant sur le cadavre des injections forcées dans les articulations, a établi que la capacité maximum de la synoviale correspond à une attitude spéciale de la jointure. Pour le genou, par exemple, c'est la demi-flexion, et cette position anormale est d'autant plus marquée que l'épanchement est plus considérable.

La fièvre est de règle, la température monte à 39°, 40°, mais diminue dès que le processus inflammatoire se modère. Cependant parfois cette fièvre est à peine marquée, les symptômes sont moins accusés et l'arthrite présente plutôt une marche subaiguë.

La température locale est également très élevée, il suffit pour s'en convaincre de palper la jointure malade. La peau

fluxionnée ne tarde pas à rougir, comme s'il se formait sous la peau une collection liquide, suppurée, pouvant d'ailleurs donner lieu à une sensation de fausse fluctuation.

Cette description répond surtout à la monoarthrite qui frappe de préférence le genou, le coude et le poignet. Avant MM. Duplay et Brun les différents caractères de cette variété d'arthrite blennorrhagique avaient déjà été bien tracés par M. Talamon (1). « C'est ainsi que dans les cas rares, où elle
« ne frappe qu'une seule jointure l'arthrite, écrit cet auteur,
« tantôt présente tous les phénomènes les plus accusés d'une
« arthrite traumatique, gonflement et chaleur intenses, douleur extrêmement vive, fièvre ardente, mais tout cela cédant
« et prenant une allure plus modérée au bout de quelques
« jours, tantôt affecte d'emblée une marche subaiguë qui établit la transition avec l'hydarthrose. »

Dans certains cas le siège de la localisation morbide est multiple, on se trouve alors en présence de la polyarthrite qui rappelle d'assez près par son début brusque et rapide le rhumatisme vrai.

Cette polyarthrite, encore nommée fluxion pseudo-rhumatismale, en diffère cependant, au cours de son évolution par un certain nombre de caractères cliniques. Elle reste, en effet, habituellement limitée à un petit nombre de jointures, et il en est toujours une, la plus volumineuse, dont la lésion ouvre et ferme la marche des accidents. Jamais elle ne se généralise au même degré que le rhumatisme simple. Elle est également moins mobile et ne se déplace ni aussi vite ni aussi complètement. Bien que l'infection blennorrhagique amène

1. Talamon *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878.

une anémie rapide, rarement elle s'accompagne d'un état général aussi grave. Les phénomènes de réaction fébrile ne sont ni aussi réguliers dans leur apparition, ni aussi intenses que ceux du rhumatisme vrai. Il faut cependant, au point de vue de la fièvre faire une certaine réserve, car les auteurs dans leurs descriptions ont peut-être trop insisté sur l'apyrexie, comme caractère différentiel du rhumatisme blennorrhagique. Il n'y a pas de sueurs abondantes et les complications viscérales qu'on observe si fréquemment du côté du cœur surtout, comme la péricardite et l'endocardite, au cours du rhumatisme simple, constituent la très grande exception dans le rhumatisme spécial que nous avons en vue.

Tels sont résumés dans un tableau rapide les symptômes primordiaux et les caractères différentiels du rhumatisme blennorrhagique.

Nous avons à nous demander maintenant quelles sont les relations qui unissent l'écoulement de la chaudepisse avec les fluxions articulaires; nous avons à étudier la nature de ces fluxions, à rechercher, en un mot, la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Question délicate, et qui, comme nous le verrons dans la suite, est encore loin d'être élucidée.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE.

La pathogénie du rhumatisme blennorrhagique a bénéficié elle aussi des découvertes bactériologiques modernes. Ces dernières lui ont apporté quelques données nouvelles qui sans résoudre complètement cet intéressant problème de la nature des affections articulaires survenant au cours ou au déclin de la blennorrhagie marquent néanmoins un progrès incontestable accompli dans l'étude de cette importante question.

De nombreuses théories ont été en effet émises sur la pathogénie du rhumatisme blennorrhagique. Il a été soulevé à ce sujet de nombreuses discussions dont la plus célèbre, la plus retentissante, est celle qui eut lieu à la Société Médicale des Hôpitaux en 1866, et à laquelle prirent une part active Peter, Fournier et Lorain.

Si nous passons en revue les différentes opinions qui ont eu cours jusqu'ici, nous voyons que pour certains auteurs, comme Thiry et Bouillaud, il n'y aurait qu'une simple coïncidence de la blennorrhagie avec l'attaque de rhumatisme.

C'était là une simple hypothèse que rien ne justifiait, et complètement abandonnée aujourd'hui.

Pour d'autres, Lorain, Peter, Hervieux, Guéneau de Mussy, la diathèse rhumatismale serait réveillée par la blennorrhagie.

Mais cette théorie n'est pas applicable à tous les cas, et si l'on ne peut nier que la présence de l'arthritisme n'est pas indifférente, il n'en est pas moins vrai, que dans nombre d'observations on ne relève aucun antécédent de rhumatisme, ni chez les malades eux-mêmes, ni chez leurs ascendants. Bien plus, on a rapporté des cas de malades ayant périodiquement, chaque année, des attaques de rhumatisme et qui n'en ont pas présenté justement au moment où ils étaient porteurs d'un écoulement blennorrhagique.

Avec Lasègue, nous entrons dans une voie nouvelle qui conduit directement et par transition jusqu'à la théorie actuelle. Lasègue, en effet, s'est efforcé de démontrer que le rhumatisme blennorrhagique est une forme du rhumatisme pyogénique, et il considérait l'arthrite gonorrhéique comme une pyohémie atténuée.

Lorain et ses élèves admettaient une diathèse blennorrhagique, diathèse passagère pouvant retentir comme toute diathèse sur l'économie entière.

De cette hypothèse d'une diathèse blennorrhagique on arrivait tout naturellement à l'idée d'une infection, et la découverte de l'agent infectieux était réservée aux études bactériologiques modernes.

Soupçonné par Salisbury en 1850, par Donné, Jousseaume, Hallier, Næggerath, entrevu par Bouchard, cet agent infectieux fut définitivement découvert en 1879 par Neisser qui donna le nom de gonocoque au microbe de la blennorrhagie. De 1879 à 1882 Neisser poursuivit ses recherches qui furent vérifiées et confirmées par plusieurs auteurs.

Cependant il n'avait pas réussi à cultiver parfaitement le gonocoque. Krause et Leistikow furent plus heureux ; ce

dernier expérimentateur échoua pourtant dans ses inoculations. En 1883, Bockart inocule le résultat de ses cultures dans l'urèthre d'un paralytique général avec un succès tel que le malade succombe rapidement à une cysto-pyélo-néphrite ascendante.

La théorie microbienne est donc admise aujourd'hui sans conteste, et adoptée par tous les cliniciens, cependant il existe des divergences d'opinion dans l'interprétation des faits.

Les uns expliquent l'apparition de l'arthrite gonorrhéique par la présence du gonocoque dans le liquide articulaire. C'est Pétrone le premier qui en examinant au microscope du liquide extrait des genoux de deux malades atteints de rhumatisme blennorrhagique y constata la présence du gonocoque de Neisser. Kammerer, puis Bousquet le retrouvèrent également et le signalèrent dans le contenu d'arthrites dues à la même cause.

La spécificité du gonocoque était encore attestée par un fait très concluant et très intéressant rapporté par Poncet d'un malade, exempt de tout antécédent rhumatismal, héréditaire ou personnel, et qui fut atteint d'arthrite après avoir reçu l'inoculation de pus blennorrhagique sur l'œil pour la cure d'un pannus granuleux.

Ce fait démontrait donc que l'action du gonocoque était indépendante de la région où il se développait primitivement.

Le microbe décrit par Neisser semblait donc bien être toujours, par sa présence, la cause de l'affection articulaire. Mais cherchant à vérifier les faits exposés par Pétrone, Kammerer et Bousquet, Aubert de Lyon recherche le gonocoque

dans les exsudats de l'arthrite blennorrhagique et ne le trouve pas. Il est vrai que Kammerer avait lui aussi constaté la disparition du microbe au bout de 18 jours, en faisant l'arthrotomie d'un genou duquel il avait retiré par une ponction faite au début de la maladie, un liquide où se rencontrait le gonocoque ; et il attribuait l'insuccès des auteurs qui niaient la présence du microbe de Neisser dans les exsudats articulaires à ce qu'ils s'adressaient à des cas trop anciens.

Or Aubert, en se plaçant dans les conditions les plus favorables, en ponctionnant dans les premiers jours du début de l'arthrite ne put jamais parvenir à déceler la présence du gonocoque.

Ehrlich en semblable occurrence n'arriva pas à le découvrir non plus que Briéger, ni que Vogt. Kraske échoua également dans deux cas Dieulafoy et Widal firent aussi des cultures avec du liquide extrait par ponction d'une arthrite blennorrhagique et ces cultures restèrent stériles.

Il restait au surplus à se demander, si on admettait que le gonocoque fût l'agent actif des processus inflammatoires articulaires comment il parvenait dans l'intérieur des jointures.

Pétrone l'avait trouvé dans le sang de ses deux malades, M. Jullien (1) dit que « chez les blennorrhagiques le sang pul-
« lule de microbes et fournit la matière des cultures les plus
« abondantes » Kammerer adopte aussi sans hésiter le transport par la voie sanguine.

« Or, écrit Audry (2), il est certainement très étonnant que

1. Jullien *Traité pratique des maladies vénériennes*.

2. Audry *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1887.

« parmi les nombreux bactériologistes qui ont étudié le gonocope, aucun autre ne l'ait signalé.

« Il serait d'ailleurs difficile, continue le même auteur, « de concevoir la blennorrhagie comme une maladie, tantôt « locale, tantôt générale, et, s'il elle est, en réalité, une infection générale, on se fait difficilement à l'idée de la voir, « comme il se produit souvent, évoluer pure de toute complication d'ordre général, sans fièvre, sans réaction. Les microbes n'ont guère l'habitude d'errer dans le torrent circulatoire « en bon voisinage avec les hématies et les globules blancs, « les phagocytes comme les appelle Menschikoff. »

MM. Guyon et Janet (1) rapportent aussi quatre cas d'arthrites blennorrhagiques sans gonocoques.

Ils en ont conclu que la cause de l'arthrite réside, non dans la présence du gonocoque lui-même, mais dans l'action sur l'articulation des produits solubles secrétés par lui au niveau de la muqueuse uréthrale.

En présence des résultats contradictoires auxquels sont arrivés les auteurs dans leurs recherches, nous pouvons prendre la conclusion du travail de M. Audry (2), et dire avec lui « qu'il est actuellement douteux que les synovites observées dans la blennorrhagie soient sous l'influence locale et directe d'un microbe dont la présence n'a pas été suffisamment constatée. »

Cette constatation insuffisante tient peut-être aussi aux difficultés pratiques de la recherche du gonocoque, et à la coexistence de nombreux microbes vivant à ses côtés et avec lesquels

1. Guyon et Janet *Annales des maladies genito-urinaires*, 1889.

2. Audry, *loco citato*.

on peut les confondre. Ernst Bumm, en effet, ne décrit pas moins de cinq espèces de diplocoques qui peuvent permettre la confusion. Il faut recourir à des procédés spéciaux et très délicats de coloration pour arriver à différencier ces microbes du gonocoque vrai dont la culture est également très difficile.

Quant à la forme aiguë phlegmoneuse, excessivement rare, comme nous l'avons vu, on s'accorde à admettre que ce n'est pas le gonocoque qu'il faut incriminer dans l'espèce, mais que cette sorte d'arthrite est le résultat d'une infection secondaire reconnaissant pour cause l'un quelconque des microcoques de la suppuration qui a pénétré suivant les voies ouvertes par son prédécesseur.

L'irritation de la muqueuse par le gonocoque, et souvent une éraillure provoquée par un cathétérisme maladroit, sont les causes occasionnelles mettant en jeu l'influence nocive de ces microbes dont de nombreuses colonies habitent la muqueuse uréthrale, comme le fait se produit d'ailleurs pour toutes les muqueuses exposées au contact de l'air.

C'est à l'ensemble de ces arthrites que l'on a appliqué le nom de rhumatisme génital.

Nous devons signaler enfin les résultats des recherches cliniques et bactériologiques toutes récentes de M. Jacquet (1), et la conclusion qu'il en a tirée. Nous ne pourrions mieux le faire qu'en citant et résumant la dernière partie de la communication qu'il a faite à la société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Cet auteur, étudiant quatre cas d'arthrite à liquide fran-

1. Jacquet. *Société française de dermatologie et syphiligraphie*, juin 1892.

chément séro-muqueux, n'a pu ni par des examens, ni par des ensemencements multipliés sur divers milieux, constater des bactéries d'aucune espèce.

Dans un cas de monoarthrite à liquide louche pyoïde, il a constaté des cellules polynuclées dont le protoplasma était bourré de diplocoques volumineux, aplatis, absolument comparables comme aspect au gonocoque, et malgré des ensemencements répétés il n'a pu obtenir une seule colonie microbienne.

La culture du gonocoque étant fort difficile, cet insuccès, dit-il, me porte à penser que c'est probablement le microbe de Neisser que j'ai observé dans ce cas.

M. Jacquet termine sa communication par quelques réflexions sur la pathogénie qui nous paraissent bien résumer l'état actuel de la question.

« La pathogénie de l'arthro-blennorrhagie, dit-il, en
« concluant, n'est peut-être pas univoque ; les allures cliniques de certaines formes (forme arthralgique, polyarthrite subaiguë), l'influence des causes nerveuses dépressives dans leur production ou leur récurrence, la coexistence fréquente de manifestations nerveuses diverses (névralgies, troubles de sensibilité, etc.) l'absence maintes fois constatée des micro-organismes dans les liquides séreux, etc., me font croire qu'on pourrait assez légitimement les rapporter à un trouble du système nerveux, de la moelle en particulier, peut-être sous l'action des poisons sécrétés par les micro-organismes uréthraux.

« D'autre part, il me paraît vraisemblable que certaines arthrites sont imputables au gonocoque de Neisser et relèvent de la gonohémie. Enfin il en est indubitablement qui

« relèvent de l'action des microbes pyogènes de la pyohémie
« atténuée ou non. »

Ces conclusions nous paraissent logiques et sérieusement étudiées, mais elles reposent aussi sur des affirmations qui sont loin d'être indiscutables.

Il est donc impossible jusqu'à présent de tirer une conclusion définitive de ces différents faits, et il est nécessaire d'attendre de nouvelles recherches avant de se prononcer sur la pathogénie des arthrites blennorrhagiques.

CHAPITRE III

MARCHE. TERMINAISON.

L'évolution de l'arthrite aiguë est assez variable. Ordinairement quand l'affection a porté sur plusieurs articulations à la fois, certaines d'entre elles recouvrent leur intégrité et leur fonctionnement normal en deux ou trois septenaires, mais il est bien rare que dans les cas heureux, une au moins ne conserve pas une raideur plus ou moins accentuée, ou ne soit pas frappée d'ankylose plus ou moins complète quand la terminaison a été moins favorable, ce qui fait, qu'en somme, la marche de la maladie est toujours assez lente, et le pronostic extrêmement incertain.

La monoarthrite présente au contraire une tendance plus grande à l'ankylose. « Nous ne craignons pas d'affirmer, dit M. Jullien (1), qu'une bonne part des ankyloses du genou survenues chez l'adulte ne reconnaissent d'autre cause que la chaudepisse. »

Au point de vue anatomo-pathologique, en effet, on a distingué trois formes dans la terminaison de l'arthrite qui est, ou résolutive, ou plastique ankylosante ou destructive. Et Gosselin a démontré que la forme plastique ankylosante était de beaucoup la plus fréquente. Il a fait voir qu'après la dis-

1. Jullien. *Traité pratique des maladies vénériennes.*

parition des phénomènes inflammatoires l'article présente à la mobilisation une résistance toujours croissante qui tient à la production et à l'organisation de tractus fibreux inter-articulaires.

Les lésions ne portent d'ailleurs pas seulement sur la synoviale et les ligaments, mais les extrémités osseuses sont également atteintes, et on note la production de périostites épiphysaires chroniques avec gonflement du périoste.

L'ankylose est ordinairement incomplète et fibreuse tout au moins au début, parfois cependant elle est complète et osseuse dans un laps de temps assez court. C'est ainsi que Granet (1), dans sa thèse inaugurale rapporte une observation d'une ankylose osseuse complète quatre mois après le début de l'arthrite.

On comprend que quand une seule articulation est ankylosée, cette terminaison de la complication articulaire de la blennorrhagie ne constitue qu'un accident fâcheux pour tel malade, tandis que pour tel autre, d'une condition sociale inférieure, c'est une véritable infirmité, le mettant dans l'impossibilité absolue d'exercer sa profession et de gagner sa vie.

On conçoit d'ailleurs aussi, et il est presque banal de répéter cette proposition, que le pronostic est extrêmement variable selon la nature de l'ankylose, son degré, l'importance de l'articulation qu'elle frappe, et selon la profession de l'individu. Ainsi, une ankylose du genou, en bonne position, c'est-à-dire en extension est assurément beaucoup moins grave qu'une ankylose du coude en demi-flexion.

1. Granet. *De l'ankylose dans le rhumatisme blennorrhagique*, thèse de Paris, 1878.

Le processus ankylosant peut se produire sur un grand nombre d'articulations à la fois, tel est le cas cité par Brodhurst. Cet auteur (1) rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, à la suite d'une série de rhumatismes blennorrhagiques, en était venu à l'impotence complète causée par l'ankylose de presque toutes les jointures, vertèbres, hanches, genoux, épaules, coudes, poignets, mâchoires. Il cite deux autres exemples d'ankyloses multiples survenues dans les mêmes conditions. Fournier fait mention de cas semblables.

De tels exemples ébranlent un peu l'assertion de Brandes, pour lequel l'ankylose s'observerait de préférence sur les petites articulations.

Il est inutile d'insister plus longuement sur la fréquence de l'ankylose au cours du rhumatisme qui révèle de la blennorrhagie. C'est un fait bien observé et non contesté par tous les auteurs. Voelker, Cullerier, Brandes, Foucard, Gosselin, Rollet, Fournier, en ont rapporté plusieurs observations. Mais ce qui frappe surtout, c'est la rapidité de la production de l'ankylose dans cette variété d'affection articulaire. Dans l'arthrite blennorrhagique, en effet, six semaines, deux mois au plus sont nécessaires pour qu'elle s'établisse, tandis qu'elle ne se montre que beaucoup plus tard dans les arthropathies liées à d'autres causes.

Cette tendance ankylosante paraît bien spéciale à la nature de l'affection que nous étudions, car la constitution, le tempérament, la prédisposition individuelle semblent ne jouer ici aucun rôle. « Ce qui est absolument caractéristique, écrit

1. *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Article *Rhumatisme secondaire*. G. Homolle.

« M. Brun (1) c'est la résistance toute spéciale et toujours croissante que l'articulation atteinte présente à la mobilisation. En quelques semaines les extrémités articulaires semblent reliées l'une à l'autre par des tractus fibreux qui peuvent céder un jour à des manipulations violentes, mais qui, quarante-huit heures après, présentent une solidité plus énergique, et qui par leur organisation définitive aboutissent, quoiqu'on fasse, à la production d'une ankylose complète. »

A l'appui de ces assertions, nous voyons que, dans une clinique faite en 1881 à la Charité, le professeur Gosselin (2) relate le cas d'un malade atteint d'une arthrite blennorrhagique de la hanche et du genou, et chez lequel « malgré tous les soins, malgré un traitement énergique approprié à la nature de l'affection, l'articulation tibio-fémorale s'est ankylosée. »

Ici se pose une question que s'étaient déjà posée nombre de cliniciens. Peut-on prévoir l'ankylose ?

Cette question n'est pas oiseuse, puisque c'est de sa solution que découlera le traitement à mettre en œuvre. Malheureusement la réponse est bien incertaine. On ne peut, en effet, étant donnée une blennorrhagie, prévoir tous les accidents dont elle se compliquera. Dans certains cas cependant lorsque la fluxion aura hésité un certain temps entre un grand nombre d'articulations pour venir se localiser brusquement sur une seule, il semblerait d'après les auteurs, que cette articulation ait les plus grandes chances de rester frappée d'ankylose.

1. Brun. *Loco citato*.

2. Gosselin. *Gazette des hôpitaux*, 1881, 10 février.

Pour M. Fournier, lorsque la réaction du début a été intense, lorsque la douleur a parcouru toutes les articulations, l'ankylose rapide serait presque fatale, quel que soit le traitement appliqué.

M. Brun (1), de son côté, pense que les lésions cartilagineuses sont peut-être nécessaires à sa production.

« La terminaison par ankylose, dit-il, paraît être surtout « fréquente, lorsque les symptômes articulaires s'accompa-
« gnent d'un gonflement notable des extrémités osseuses »

A côté de l'ankylose, il nous faut signaler aussi parmi les complications de l'arthro-blennorrhagie, l'atrophie musculaire si fréquente qu'elle est décrite parmi les symptômes. Elle commence insidieusement peu de jours d'ordinaire après le début de l'arthrite. Elle affecte une marche lente, continue et progressive. Elle frappe d'ordinaire les extenseurs, mais on peut dire qu'aucun groupe musculaire péri-articulaire n'échappe à son influence morbide. Au bras, le biceps est presque toujours pris un des premiers. Les muscles frappés sont atrophiés non seulement dans la partie qui avoisine l'articulation, mais dans toute leur étendue. Cette atrophie peut atteindre un degré très prononcé et parfois le membre est absolument décharné et réduit à son squelette. Elle contribue, en tout cas pour une large part à l'impotence fonctionnelle et réclame de ce fait une thérapeutique spéciale.

Parmi les nombreuses observations d'atrophie musculaire rapide consécutive au rhumatisme blennorrhagique, nous en citerons une très-caractéristique et très-intéressante, relatée tout au long dans la thèse d'agrégation de M. Lapersonne.

1. Brun, *loco citato*.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans qui était entrée à l'hôpital de la Charité le 5 juin 1882. Au cours d'une blennorrhagie elle présenta une arthrite scapulo-humérale droite, une arthrite sterno-claviculaire droite suppurée qui fut ponctionnée et une synovite des fléchisseurs et des péroniers droits.

« Le 1^{er} août, dit M. Lapersonne (1), toute trace de tumé-
« faction a disparu. Les douleurs ne réapparaissent ni dans
« l'épaule, ni dans la jambe ; il reste de la raideur dans le
« jeu des fléchisseurs du pied et des péroniers. Insidieuse-
« ment, mais assez rapidement, il se fait dans tous les muscles
« de la jambe droite, ainsi que dans les muscles grand pec-
« toral, deltoïde, biceps, triceps, sus et sous-épineux, sous-
« scapulaire, grand dentelé et grand dorsal droits, une atro-
« phie si considérable que la malade en devient toute asy-
« métrique.

« En octobre, lors de la sortie volontaire de la malade de
« la Charité (4 mois après le début de la blennorrhagie et
« des arthrites blennorrhagiques, l'atrophie musculaire était
« encore si fort accusée que cette jeune fille en était deve-
« nue presque difforme. »

La pathogénie de cette amyotrophie, comme d'ailleurs celle de toutes les atrophies musculaires qui accompagnent les diverses arthrites est encore très discutée.

L'opinion la plus généralement admise est celle de Poulet, qui dans leur production attribue le rôle prépondérant à une névrite ascendante ayant son point de départ dans les lésions articulaires et retentissant sur les tissus circonvoisins. A cette

1. Lapersonne. *Des arthrites infectieuses non tuberculeuses*. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

influence primordiale de la névrite viennent s'ajouter d'autres causes secondaires telles que l'inertie fonctionnelle causée par l'immobilisation de la jointure malade et la compression exercée sur le membre par l'application prolongée des appareils.

D'autres auteurs (1) admettent l'hypothèse que ces complications de la blennorrhagie pourraient bien tenir à une invasion des centres nerveux par des toxines spéciales ou par le gonocoque lui-même. Les atrophies musculaires d'après cette théorie, dépendraient de l'intoxication cérébro-spinale au même titre que les arthropathies, mais ne leur seraient en rien solidaires par des relations de voisinage ou par la propagation de processus trophiques locaux.

1. Oudin. *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1892.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT. ARTHROTOMIE.

Toute la thérapeutique de l'arthrite blennorrhagique se résume dans le traitement local. La médication générale n'est employée que comme adjuvante. On a administré, en effet les sels de quinine, les préparations opiacées qui rendent de grands services comme calmants, mais n'ont aucune action propre sur les lésions articulaires.

Le traitement classique consiste exclusivement dans les moyens locaux, la révulsion et l'immobilisation.

L'immobilisation de l'avis de M. Verneuil, constitue le meilleur des antiphlogistiques, et fait en quelques jours disparaître le gonflement de la jointure et l'œdème des parties molles circonvoisines.

On immobilise le membre en bonne position dans une solide gouttière plâtrée et laissant l'article assez à découvert pour qu'il soit possible d'aller agir directement sur lui par les topiques et les révulsifs.

La révulsion se fait au moyen de teinture d'iode, de vésicatoires volants répétés, de ventouses scarifiées.

M. Just Lucas-Championnière fait à plusieurs reprises des pointes de feu sur l'articulation malade, puis la recouvre d'emplâtre de Vigo. Par-dessus, il exerce une compression ouatée modérée.

Mais malgré ces moyens, et quelque rigoureux que soit le traitement dans son application, on voit dans un grand nombre de cas survenir les deux complications dont nous avons parlé, l'ankylose et l'atrophie musculaire. A cette dernière on a opposé les douches sulfureuses, le massage, les frictions excitantes, les courants continus, et on l'a vue céder à ces moyens thérapeutiques persévérants et bien conduits. Encore fallait-il insister sur eux pendant un temps toujours fort long.

Mais c'est surtout le traitement préventif de l'ankylose qui a préoccupé à juste titre les chirurgiens. Pour éviter cette grave complication, ils recommandent d'enlever l'appareil aussitôt que possible et de faire exécuter à la jointure des mouvements progressifs.

A quel moment faut-il lever l'appareil et commencer la mobilisation ? Il est absolument impossible de le fixer d'avance, et c'est là une affaire de tâtonnement et de tact de la part du praticien.

Le choix de ce moment est cependant d'une grande importance. Certains chirurgiens, en effet, dans la crainte de l'ankylose, ont commencé trop tôt à imprimer des mouvements à l'articulation, avant que la phlegmasie y fût complètement éteinte, et ils ont assisté à une recrudescence des phénomènes aigus assez intense pour compromettre le membre.

Pour M. Verneuil ce serait même les mouvements intempestifs qui auraient pour résultat de produire les exsudats plastiques qui conduisent à l'ankylose.

M. Le Fort donne comme règle de choisir pour commencer les mouvements, l'époque où la mobilisation pourra s'ef-

fectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées. Or, cette règle de conduite est bien difficile à suivre, puisque M. Brun nous a enseigné d'autre part que l'articulation présente à la mobilisation une résistance toujours croissante, et que les tractus fibreux rompus aujourd'hui par des manipulations violentes, présenteront quarante huit heures après une solidité plus grande. De plus cette fine analyse de la douleur n'est pas chose si aisée; elle exige en tout cas beaucoup de tact, et c'est plutôt par tâtonnements qu'il faut procéder. Le chirurgien doit savoir s'arrêter au moindre réveil des phénomènes inflammatoires pour recommencer à propos aussitôt qu'ils ont disparu.

Ayant été témoin dans le service de M. le professeur Verneuil, où nous étions externe d'un fait d'ankylose commençante consécutive à une arthrite gonorrhéique et traitée avec succès par l'ouverture de l'articulation, il nous a paru que l'arthrotomie appliquée au traitement du rhumatisme blennorrhagique méritait d'être étudiée et discutée.

Certes, au premier abord, cette opération nous paraissait audacieuse appliquée au cas particulier qui nous occupe. De plus nous avons vu un malade atteint d'ankylose complète du coude à la suite d'une arthrite blennorrhagique, opéré sans résultat à deux reprises par M. Ricard, qui suppléait alors M. Verneuil, et par M. Thiéry, chef de clinique du service.

Ce malade ne retira en effet, aucun bénéfice de ces deux interventions successives. Il est resté encore deux mois dans le service après la dernière opération, et il est parti avec le

1. Le Fort. *Bulletin de la société de chirurgie*, 1880.

coude ankylosé, en bonne position, il est vrai, et avec une atrophie musculaire si marquée, que son bras était réduit à un humérus recouvert par la peau.

Cependant en présence de ce résultat peu encourageant, nous avons entendu dire à notre maître M. Ricard, qu'il serait presque tenté d'ouvrir dès le début les articulations atteintes par le rhumatisme blennorrhagique. Cette opinion nous avait frappé, et la question nous intéressait. Or, en faisant des recherches bibliographiques nous avons trouvé que certains auteurs n'avaient pas craint d'ouvrir des articulations dans le cas d'arthrites séreuses aiguës comme le sont celles qui se montrent à titre de complications dans le cours de la blennorrhagie. Le succès d'ailleurs avait pleinement justifié leur audace.

Dans sa belle thèse d'agrégation, M. Jalaguier (1) après avoir étudié les arthrites aiguës suppurées, pour le traitement desquelles l'arthrotomie est aujourd'hui indiscutée en arrive à parler des arthrites séreuses aiguës. Il relève alors les observations où l'ouverture des articulations a été pratiquée pour traiter ces arthrites. La première observation est due à Lister, qui, en 1870, ayant à soigner une arthrite aiguë du poignet, et voyant apparaître les signes indiquant le début d'une transformation purulente, n'hésita pas au plus grand bénéfice de la malade à inciser l'articulation du poignet d'où il retira une sérosité louche pyoïde.

Mais M. Jalaguier écarte ce cas, le considérant comme une arthrite suppurée tout à fait au début. En dehors de ce fait, il a recueilli huit autres observations où l'arthrotomie a

1. Jalaguier. *De l'arthrotomie*, thèse d'agrégation, Paris, 1886.

été faite pour des arthrites séreuses. Quatre fois cette opération a été pratiquée dans ce but par Lister.

« Nous voyons, en effet, écrit M. Jalaguier, dans la collection des œuvres choisies de Lister, qu'en 1875, alors qu'il professait à Edimbourg, il incisa et draina avec succès chez un homme de vingt-six ans une arthrite séreuse aiguë datant de onze jours, et s'accompagnant de douleurs violentes et d'élévation de température. Watson-Cheyne nous apprend d'autre part que depuis qu'il est fixé à Londres, Lister a pratiqué trois fois à Kings College l'arthrotomie pour des hydropisies aiguës du genou ; les trois opérés guérissent sans la moindre suppuration et pour deux d'entre eux le rétablissement des fonctions fut complet ; chez le dernier il persista un relâchement de l'appareil ligamenteux. »

Trois autres observations appartiennent à Jessop. Voici comment M. Jalaguier relate ces trois cas. « Dès le mois de février 1871, antérieurement non à l'opération mais à la communication de Lister, Jessop, dans une leçon clinique disait que, sans vouloir généraliser toutefois, il préférerait pour les arthrites très-aiguës l'incision rigoureusement antiseptique à la simple ponction ; et il citait trois observations à l'appui, dans lesquelles il n'avait eu qu'à se louer d'avoir agi de la sorte. »

Paul Heinecke rapporte aussi un fait d'arthrite séreuse aiguë du genou incisée et guérie en seize jours par Hagedorn.

Enfin M. Jalaguier expose dans le même chapitre l'opinion de plusieurs chirurgiens étrangers, qui sans citer d'observations admettent tous l'efficacité de l'arthrotomie, surtout dans les cas d'arthrites qui s'accompagnent de douleurs anormales

avec troubles de l'état général. Sans nous étendre davantage sur ce sujet, nous ne pouvons cependant passer sous silence les dernières lignes de ce chapitre, car elles signalent des opinions qui rentrent plus directement dans le cadre de notre étude. Nous y lisons que certains auteurs inclinent à penser que la taille articulaire est applicable aussi au rhumatisme blennorrhagique. Leurs assertions, il est vrai, sont encore un peu timides, mais elles viennent néanmoins nous fournir un fort appoint pour la cause que nous soutenons.

Mori de Brescia conseille, écrit M. Jalaguier, en cas de synovite aiguë traumatique ou *blennorrhagique* de pratiquer d'abord une ponction et de se décider à ouvrir largement la jointure si le liquide articulaire est fibrineux et floconneux ; il pense par ce moyen beaucoup plus sûrement que par la simple ponction *prévenir la tendance à l'ankylose*.

M. Jalaguier rapproche de cette opinion de Mori de Brescia, une communication orale de M. Nicaise. « Ce chirurgien serait assez disposé à traiter ainsi certaines arthrites « blennorrhagiques à condition toutefois que le mal fut localisé sur une seule articulation, suivant lui le pronostic est « si grave quand ces variétés prennent la forme fibrineuse et « ankylosante, que l'on est parfaitement autorisé à pratiquer « l'arthrotomie en vue d'éviter une aussi fâcheuse terminaison. »

« Je ferai observer, en terminant, conclue M. Jalaguier, « que les opinions de Mori de Brescia et de Nicaise au sujet « des arthrites aiguës fibrineuses et de l'arthrite blennorrhagique en particulier me paraissent devoir être prises en « sérieuse considération. »

Nous voyons également M. Potherat rapporter au dernier

Congrès de chirurgie une observation de polyarthrite infectieuse traitée et guérie par l'arthrotomie.

Voici du reste sa communication telle que nous la trouvons exposée dans la *Semaine médicale* (1).

Polyarthrite infectieuse; arthrotomies, guérison.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, vigoureux, d'une excellente santé habituelle, quoique éthylique, qui avait été pris quinze jours avant son entrée à l'hôpital de gonflement articulaire de trois articulations : tibio-tarsienne gauche, genou gauche, poignet droit. Ce gonflement s'accompagnait de douleurs vives, d'élévation de la température locale, de fièvre intense avec état général grave. On avait vainement essayé le traitement médical du rhumatisme.

Malgré l'absence d'antécédents pathologiques infectieux, je portai le diagnostic de polyarthrite infectieuse, et j'intervins chirurgicalement.

L'articulation du genou et celle du poignet furent ouvertes; il s'écoula une abondante sérosité jaunâtre, louche.

L'articulation tibio-tarsienne qui paraissait en voie d'amélioration, fut respectée. Les articulations ouvertes furent abondamment lavées avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 étendue d'eau bouillie. Suture complète sans drainage. Pansement ouaté compressif, suites des plus satisfaisantes. Cessation de la fièvre, rapide amélioration de l'état général; au bout de huit jours, la santé générale est rétablie; les sutures sont enlevées, la réunion est complète. Les articulations ne sont plus gonflées, sauf la tibio-tarsienne. Au bout de quinze jours la mobilisation est commencée. Au bout d'un mois les articulations ouvertes avaient recouvré leur aptitude et leur complète amplitude fonctionnelle.

L'articulation tibio-tarsienne non ouverte était restée un peu

1. *Semaine médicale*, 30 avril 1892, n° 22.

gonflée et raide. Il existait encore quelques raideurs de cette jointure quand le malade quitta l'hôpital.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans cette observation, et ce que nous devons retenir, c'est la comparaison du résultat constaté sur les articulations qui ont été ouvertes, et sur celle qui a été respectée. Au bout d'un mois les articulations arthrotomisées ont recouvré leur complète amplitude fonctionnelle tandis que la tibio-tarsienne non traitée chirurgicalement reste un peu gonflée et raide.

On ne peut nier dans ce cas très-instructif, le bénéfice considérable que le malade a retiré de ses deux arthrotomies du genou et du poignet.

En 1890 M. Dubujadoux avait déjà publié, dans les *Archives de Médecine Militaire* les observations de deux cas de rhumatisme déformant osseux avec état général grave traités avec succès par l'arthrotomie (1).

Nous allons donner le résumé de ces deux observations.

OBSERVATION I

Rapportée par M. Dubujadoux

B..., 24 ans, vigoureux, sans antécédents morbides ou alcooliques, entre à l'ambulance le 15 octobre 1887. Il est malade depuis huit jours, et la maladie a débuté brusquement le soir par une douleur vive au genou gauche; l'articulation a gonflé rapidement et depuis lors il n'a pas goûté de repos, tant la douleur est aiguë.

Le genou gauche est gros, distendu, sans rougeur, l'œdème

1. Dubujadoux. *De l'arthrotomie dans certaines formes graves du rhumatisme artic. aigu.* *Archiv. de Médecine Militaire*, 1890, Tome 15.

ne dépasse pas l'article, la jambe est fléchie à angle obtus sur la cuisse, les mouvements exaspèrent la douleur, le moindre contact est très pénible. On étend la jambe et le membre enveloppé d'ouate est placé dans une gouttière.

Sous l'influence du salicylate de soude, la douleur et la fièvre disparaissent rapidement.

Mais bientôt le malade ne veut plus supporter la gouttière.

Le 22 octobre, cet homme d'intelligence bornée et de caractère indocile se lève et marche malgré la défense qui lui en avait été faite.

Les douleurs reparaissent la nuit suivante et la fièvre dès le lendemain.

La situation du genou s'aggrave de plus en plus. Son volume augmente, l'œdème envahit la jambe, déborde sur la cuisse.

A travers le gonflement on sent profondément autour du fémur une induration épaisse en forme de manchon, qui englobe l'os depuis les condyles jusqu'à son tiers moyen, l'os est très sensible.

Malgré le salicylate et les vésicatoires le malade maigrit, perd le sommeil; l'œdème envahit tout le membre inférieur qui s'infléchit peu à peu, le malade se refusant absolument à supporter la gouttière. Le genou forme une sphère arrondie débordant surtout par la rotule et le creux poplité qui fait en arrière un relief énorme. Il n'y a pas de changement de coloration à la peau.

La température atteint brusquement en deux jours 40°,2 le soir.

Redoutant soit des lésions osseuses, persistantes, soit la purulence de l'épanchement, le D^r Dubujadoux se décide à intervenir.

Il pratique d'abord le 9 novembre une ponction exploratrice à l'aide du trocart Potain n° 2. Rien ne sort, une villosité rougeâtre a bouché la canule.

Comme tous les symptômes vont en s'exagérant, le 12 novembre il a recours à l'arthrotomie en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques.

On fait deux incisions de 12 centimètres allant du cul-de-sac supérieur de la synoviale, au bec de la rotule. Il sort une cuillerée de liquide ambré, parfaitement limpide; les culs-de-sac sont garnis de villosités épaisses. Lavage abondant à l'eau phéniquée forte, puis injection d'éther iodoformé; drainage et suture.

La douleur disparaît aussitôt, et le soir même de l'opération, le malade s'endort sans aucune potion, fait qui n'était pas arrivé depuis plusieurs jours.

La fièvre ne tomba pas immédiatement, elle persista pendant dix jours encore, mais sans empêcher le malade de dormir et de s'alimenter.

Au bout de trente-quatre jours il quittait l'hôpital, et le quarante-deuxième il cherchait du travail.

OBSERVATION II

Rapportée par M. Dubujadoux.

C..., 37 ans employé de bureau depuis un an en Algérie, d'une bonne santé habituelle, après avoir passé le dimanche 20 mai 1888 la soirée au bal, s'endort tranquillement; il est réveillé vers 3 heures du matin par une douleur vive aux deux genoux.

La douleur augmente rapidement, et devient bientôt très violente; il s'aperçoit au jour que les deux genoux sont gonflés, et ne peut sortir du lit.

Le surlendemain les articulations tibio-tarsiennes, métacarpo-phalangiennes se prennent successivement.

Il entre à l'ambulance le 24 mai.

Les deux genoux sont gonflés avec la peau tendue, luisante, à peine rosée, très sensible au toucher.

Douleurs spontanées continuelles qui s'exagèrent par le moindre mouvement. Quoique moins gonflées, les articulations tibio-tarsiennes sont aussi douloureuses.

Sous l'influence du traitement par le salicylate de soude, les mains et les pieds guérissent d'abord, le genou gauche reprend l'aspect normal, le genou droit reste douloureux, bien plus il augmente de volume.

L'état est le suivant à la date du 26 juin, trente-troisième jour depuis l'entrée à l'hôpital.

Genou volumineux, arrondi, fusiforme dans son ensemble. Emphatement considérable des tissus, marqué particulièrement sur les côtés de l'article et au niveau du cul-de-sac supérieur; le 1/4 inférieur du fémur au-dessus des condyles est enveloppé d'un manchon induré assez épais; les condyles fémoraux et notamment l'interne, la partie de l'os englobée par la gangue indurée sont très sensibles à la pression. Œdème du pied et de la jambe.

En outre, l'état général est devenu très mauvais, le malade a beaucoup maigri, l'inappétence est complète, la fièvre, l'insomnie, les douleurs persistent malgré les divers remèdes employés, et le malade, à bout de patience, consent à toute espèce d'opération pourvu qu'il soit soulagé.

L'arthrotomie est pratiquée comme dans le cas précédent. Il ne sort pas une goutte de sérosité. On trouve l'articulation comblée par un feutrage d'adhérences molles, dont la déchirure amène une hémorrhagie en nappe assez abondante.

L'opération est suivie d'une détente dans l'état général et dans l'état local. Les douleurs disparaissent, l'appétit renaît, le sommeil revient. Au bout de trente quatre jours le malade se lève et commence à marcher; vingt jours après il sort de l'hôpital. A ce moment, la marche se fait à l'aide d'un bâton; les mouvements ne dépassent pas la demi-flexion. Ultérieurement la marche est revenue facile; le genou a repris son aspect, mais la flexion est restée au-dessous de la normale.

L'auteur attribue ce résultat à ce que l'on a trop tardé à imprimer des mouvements à l'articulation.

De pareilles observations ne sont pas nombreuses, à la vérité, mais celles que nous venons de citer nous paraissent concluantes et intéressantes à plusieurs points de vue. Elles démontrent d'abord l'innocuité absolue de l'arthrotomie, faite sous le couvert de l'antisepsie la plus rigoureuse. De plus on est frappé de voir combien l'état général de grave qu'il était devient rapidement meilleur à la suite de l'intervention chirurgicale. La fièvre tombe, les douleurs et l'insomnie disparaissent, les malades s'alimentent et peuvent se lever dans un laps de temps très-court. Très-vite aussi on peut mobiliser les jointures, sans crainte de voir se réveiller les phénomènes phlegmasiques.

Les articulations recouvrent enfin en peu de temps la plénitude de leur fonctionnement normal.

L'arthrite blennorrhagique est-elle justiciable elle aussi de ce mode de traitement ? Il nous semble que sans hésiter la réponse peut être affirmative.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que, par sa nature, cette arthropathie rentre dans la classe des arthrites infectieuses. Il est donc logique de lui appliquer le même traitement qui consiste à ouvrir largement toute articulation infectée et à la laver soigneusement et abondamment avec des solutions antiseptiques appropriées.

La pathogénie, il est vrai, est encore sujette à controverses, comme nous l'avons vu. S'il était bien démontré sans conteste, qu'il existe toujours des microbes pathogènes dans l'intérieur des synoviales malades, nulle hésitation ne serait permise, et il serait tout indiqué de pratiquer l'arthrotomie pour évacuer ces agents infectieux et anéantir leur action. Mais nous avons assez insisté sur les opinions nombreuses

qui tendent à expliquer l'apparition des arthrites au cours de la blennorrhagie par un autre mécanisme, pour nous rendre compte combien est discutée la présence du gonocoque dans les exsudats articulaires.

Il ne nous est donc guère possible de nous appuyer sur cette pathogénie, encore trop incertaine, pour justifier le mode de traitement que nous proposons dans ce travail, et nous ne pouvons que retenir le caractère infectieux de l'arthro-blennorrhagie admis par tout le monde pour en tirer un argument de quelque valeur en faveur du moyen thérapeutique spécial que nous essayons de légitimer.

L'anatomie pathologique de son côté peut-elle nous fournir quelque base solide sur laquelle nous puissions nous appuyer ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Gosselin, en se plaçant au point de vue anatomo-pathologique, avait dénommé l'arthrite blennorrhagique arthrite plastique ankylosante. Or, dans cette forme d'arthrite, qu'on nomme encore pseudo-membraneuse, que voit-on ? Tout d'abord une vascularisation intense de la synoviale comme il paraît en exister au début de toute arthrite. Puis bientôt la synoviale se recouvre de dépôts fibrineux dans les mailles desquels le microscope démontre l'existence de cellules épithéliales abondantes et de globules blancs. Les cellules proliférées de la synoviale et des franges qui la bordent s'organisent, le cartilage est déjà vascularisé, il se détruit, des tractus fibreux unissent l'une à l'autre les surfaces articulaires (1). A mesure que ces tractus fibreux en s'organisant deviennent de plus en plus résistants, l'ankylose devient de plus en plus

1. Reclus. *Manuel de pathologie externe*, Tome I.

serrée. Les ligaments se rétractent, se raccourcissent, s'ossifient parfois, pendant que les cartilages diarthrodiaux s'usent et se perforent. Les extrémités osseuses en contact direct, s'unissent par des adhérences fibreuses qui plus tard s'ossifient, et l'ankylose complète osseuse est constituée.

En ouvrant l'articulation du coude chez le malade qui fait le sujet de l'observation I que nous avons prise en collaboration avec M. Thiéry en vue de sa communication à la Société anatomique on a trouvé des pseudo-membranes et quelques végétations de la synoviale qui étaient sans nul doute le point de départ de tractus en voie d'évolution et d'organisation.

Ici nous sommes en présence du premier stade de la tendance ankylosante, dont la dernière étape nous est donnée par le malade opéré à deux reprises et sans succès par M. Ricard et par M. Thiéry. En effet, en relatant ce qu'il a vu au cours de l'opération qu'il a pratiquée, ce dernier chirurgien s'exprime ainsi : « Je fais une ostéotomie au niveau de l'ancien interligne articulaire ; je tombe en pleine fusion osseuse » (1). Ainsi ces deux malades nous offrent deux points de comparaison importants, l'un étant tout à fait au début d'une ankylose qui allait se constituer, l'autre nous montrant une ankylose osseuse complète et définitive.

Or, l'arthrotomie a-t-elle été de quelque utilité chez le malade qui fait l'objet de l'observation I. C'est ce que nous allons maintenant discuter.

Nous ne pouvons dans cette observation I invoquer à l'appui de la thèse que nous soutenons, l'amendement rapide

1. P. Thiéry, *Bulletin de la société anatomique de Paris*, novembre 1892.

des symptômes locaux et de l'état général, car la période douloureuse et inflammatoire était presque complètement apaisée quand l'intervention fut décidée. Mais dans nos autres observations, nous voyons toujours la disparition de la douleur suivre de très près l'opération, et à ce titre seul, l'arthrotomie mériterait déjà d'être prise en sérieuse considération.

Si nous nous reportons aux cas publiés par M. Potherat et M. Dubujadoux nous lisons que ces auteurs insistent d'une façon toute particulière sur la détente rapide qui a suivi l'intervention. Le dernier de ces chirurgiens fait même précéder sa relation des réflexions suivantes.

« Phénomène immédiat, phénomène important, écrit
« M. Dubujadoux (1), la douleur tenace, résistante, qui
« poursuivait le malade, disparaît dès l'ouverture du genou ;
« la fièvre tombe ensuite, les désordres articulaires s'amèn-
« dent enfin, et tout cela dans un temps relativement court,
« on peut même dire très-court, si l'on fait la comparaison
« avec le traitement ordinaire. »

On ne peut mieux résumer les suites immédiates de l'opération. En effet, disparition rapide de la douleur, chute de la fièvre, amendement des symptômes locaux, sont les phénomènes que l'on observe successivement et d'ordinaire dans cet ordre après l'intervention sanglante dans le cas d'arthrite blennorrhagique.

M. Potherat (2) qui est intervenu pour une poly-arthrite infectieuse signale également les suites opératoires les plus satisfaisantes et les résume ainsi : « cessation de la douleur,

1. Dubujadoux. *Loco citato*.

2. Potherat. *Loco citato*.

rapide amélioration de l'état général et au bout de huit jours rétablissement de la santé générale. »

Considérons maintenant les résultats de l'opération au point de vue de la mobilité articulaire. On peut affirmer, croyons-nous, qu'au bout de peu de temps les articulations recouvrent leur aptitude fonctionnelle. Nos documents sont assez pauvres à cet égard, et nous ne pouvons donner de preuves bien convaincantes. C'est qu'en effet l'application de l'arthrotomie au traitement de l'arthrite blennorrhagique, est de date toute récente et par conséquent bien des points restent encore obscurs dans son histoire. Le malade de notre première observation était au début de son ankylose, chez lui l'intervention a été tardive, et cependant au bout de six semaines il avait recouvré la presque totalité des mouvements de son coude. Nul doute que, si on l'avait opéré plus tôt, le résultat eût été plus satisfaisant encore. De même dans notre observation II la malade n'a été opérée qu'un peu tardivement au bout d'un mois. Aussi les premières tentatives de mobilisation ont-elles été chez elles douloureuses au début, et n'est-ce que petit-à-petit, et après six semaines de traitement, que la guérison s'est effectuée. C'est pourquoi nous croyons utile d'insister doré et déjà et d'une façon toute particulière sur la nécessité impérieuse d'une intervention précoce.

Malgré ces résultats laissant un peu à désirer, les manœuvres de mobilisation que l'on applique aux jointures pour compléter le résultat opératoire nous ont paru plus aisées après qu'on eut pratiqué l'arthrotomie. En tout cas, jamais elles n'ont été traversées par un réveil de l'inflammation ayant contraint le chirurgien à les interrompre.

Nous ne trouvons non plus signalé nulle part que les malades aient présenté dans la suite une faiblesse plus ou moins notable de leurs articulations arthrotomisées. Cet argument aurait en effet une grande valeur dans l'espèce, car au membre inférieur notamment, une ankylose solide, serait préférable à une articulation jouissant de l'intégrité de ses mouvements, mais affaiblie, et exposant les malades à des chutes fréquentes ou au port continu d'un appareil prothétique.

Il ressort de l'examen des cas que nous venons d'exposer que l'arthrotomie appliquée au traitement du rhumatisme blennorrhagique paraît constituer une bonne méthode thérapeutique. Cependant on est en droit de se demander si la simple ponction suivie des mêmes lavages antiseptiques ne serait pas suffisante. Certains auteurs viennent, en effet, avec observations à l'appui, citer des exemples d'arthrites infectieuses guéries par la ponction suivie d'une injection antiseptique. La préférence nous paraît malgré cela devoir être donnée à l'arthrotomie.

Nous dirons d'abord que dans bien des cas nombre de chirurgiens ont abandonné la ponction, laquelle ne constitue qu'une sorte de demi-mesure, qu'un moyen timide et incapable, le plus souvent, de remplir d'une façon complète le but qu'on se propose.

C'est ainsi que la ponction aspiratrice appliquée uniquement pendant longtemps au traitement des abcès du foie, tend de plus en plus à être abandonnée et est sévèrement jugée aujourd'hui. « Je ne conteste pas les succès qu'on lui « prête, écrit M. Segond (1), dans le *Traité de chirurgie*,

1. P. Segond. *Abcès du foie. Traité de chirurgie*, tome VII, p. 252.

« mais j'estime que dans cette circonstance comme en beaucoup d'autres, son apparente bénignité expose aux dangers les plus réels. Cela est vrai aussi bien pour les ponctions aspiratrices que pour celles dont on cherche à compléter l'action par l'introduction d'un liquide antiseptique quelconque dans la cavité abcédée. » Aussi la ponction tend-elle chaque jour à perdre du terrain, et à l'heure actuelle l'incision large et précoce des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little modifiée est ou sera demain, dit M. Segond, le procédé de choix de tous les chirurgiens.

On trouve dans les ouvrages classiques publiés il y a six ou sept ans que la ponction évacuatrice par la paroi abdominale antérieure doit être le premier temps du traitement de tout kyste de l'ovaire, et que, dans un certain nombre de cas, elle a été suivie d'une guérison définitive (1). Mais depuis cette époque la chirurgie a fait de grands progrès, et les avis se sont fortement modifiés ; car nous lisons dans le huitième volume du nouveau *Traitt  de chirurgie* (2), paru tout récemment, que le champ de la ponction curative se rétrécit de jour en jour et qu'en dehors des conditions précises où elle peut être de quelque utilité soit pour soulager les maladies, soit pour assurer le diagnostic, il est parfaitement inutile d'exposer les malades aux inconvénients possibles de la ponction et que le diagnostic une fois posé c'est à l'ovariotomie qu'il faut immédiatement recourir.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce chapitre, nous avons simplement tenu à citer ces exemples pour démon-

1. *Manuel de pathologie externe*. Bouilly, tome IV, 1886.

2. P. Segond. *Traitt  de chirurgie*, tome V.I, page 669, 1892.

trer que, de l'avis de cliniciens d'une haute compétence en ces matières, tels que M. Terrier et M. Segond, la ponction n'est pas sans danger. C'est pourquoi les chirurgiens actuels préfèrent les interventions larges et complètes, au cours desquelles ils peuvent se rendre compte de ce qu'ils font aux petits moyens timides, aveugles et forcément incomplets. C'est qu'en effet l'antisepsie autorise de telles audaces qui auraient effrayé les chirurgiens du temps passé, et qu'un opérateur aseptique peut aussi impunément ouvrir un ventre qu'une articulation. L'arthrotomie faite avec des instruments aseptiques par des opérateurs propres n'est pas plus dangereuse que la ponction. Bien plus la taille articulaire a sur cette dernière des avantages incontestables. Elle permet tout d'abord d'évacuer plus complètement le liquide articulaire, évacuation souvent pénible, même avec un assez gros trocart, soit qu'une végétation bourgeonnante de la synoviale vienne s'appliquer sur l'orifice de la canule et la boucher, soit que le liquide soit trop épais ou trop visqueux et s'écoule mal. L'articulation une fois ouverte on pourra se livrer à un examen sérieux et complet de ses parties constituantes, détruire et enlever les végétations bourgeonnantes, réséquer si c'est nécessaire une portion de la synoviale, rompre les adhérences dont l'ensemble forme un lien si puissant, modifier par les caustiques l'état de la séreuse articulaire et faire pénétrer enfin les liquides antiseptiques avec lesquels il sera facile de pratiquer un lavage minutieux dans toutes les anfractuosités de l'article.

Ces divers temps pratiqués avec les règles de la plus scrupuleuse asepsie, complétés par un bon pansement antiseptique, donnent les suites opératoires les plus simples et toujours la réunion par première intention. S'il n'en est pas

ainsi, c'est que quelque faute a été commise au cours de l'opération.

Chez le malade qui fait l'objet de notre observation I, l'ouverture de l'articulation du coude en mettant sous les yeux les lésions de la synoviale a permis d'agir directement et efficacement sur elles. La plus grande partie de la séreuse malade fut extirpée, ses proliférations végétantes et bourgeonnantes furent enlevées au bistouri, ou détruites sur place par la cuvette. Son état inflammatoire fut modifié à l'aide d'un véritable écouvillonnage de l'articulation avec deux tampons d'ouate imbibés de chlorure de zinc. En un mot le nettoyage articulaire fut parfait.

Nous ne voyons pas de moyen autre que l'arthrotomie pour rendre possible une action aussi directe, aussi complète sur une synoviale enflammée. Les vésicatoires volants répétés, les révulsifs en général, peuvent, il est vrai, être utilement employés contre l'œdème péri-articulaire, contre la péri-arthrite, ils peuvent aussi avoir une influence salutaire, sur le liquide intra-articulaire, et aider à sa résorption. Mais ce sont là des moyens détournés sur lesquels il est indispensable d'insister longtemps sans être pour cela bien certain d'obtenir un résultat favorable. En tout cas ils n'auront guère d'action sur les proliférations de la synoviale, sur les bourgeons charnus qui prennent naissance à sa surface, sur les adhérences qui s'établissent avec rapidité et conduisent si promptement l'ankylose. La ponction n'aura pas plus d'effet sur ces processus pathologiques, et d'ailleurs, s'il est facile de la pratiquer dans des articulations pourvues de culs-de-sac synoviaux très-lâches, comme au genou par exemple, il devient

très-difficile au contraire de faire une ponction dans des articulations très-serrées comme celle du coude.

Tous ces arguments plaident donc en faveur de l'arthrotomie ; les faits acquis la justifient suffisamment, c'est donc à elle qu'il faut donner la préférence et nous pouvons dire avec M. Jalaguier que : « telle qu'elle est comprise aujourd'hui, « l'ouverture des articulations, en raison de ses applications « toujours plus nombreuses, de la facilité avec laquelle on se « décide à la pratiquer, des heureux résultats qu'elle donne, « peut à bon droit être considérée comme une des plus importantes conquêtes de la chirurgie moderne. »

Mais quand faut-il la pratiquer ; à quel cas doit-elle être réservée ? Le petit nombre d'observations dont nous disposons ne nous permet pas d'établir d'une manière précise les indications et les contre-indications de cette opération appliquée au traitement de l'arthrite aiguë blennorrhagique. Nous ne pouvons qu'exposer ici les quelques réflexions que nous a suggérées l'étude consciencieuse de nos observations. Cependant nous nous croyons en droit d'insister tout particulièrement sur la nécessité d'une intervention précoce.

Quand on aura à traiter une arthrite aiguë reconnue d'origine blennorrhagique, il faudra tout d'abord avoir recours aux analgésiques, mais quand on sera bien sûr qu'on n'a pas affaire à la forme arthralgique, quand on se trouvera en présence d'une articulation rouge, gonflée, douloureuse, il faudra sans hésitation intervenir dès la fin du premier septenaire ou dans les premiers jours du second. Quand la phlegmasie aura frappé successivement un grand nombre d'articulations pour venir définitivement se localiser sur une jointure on ne devra pas s'attarder sur les moyens médicaux, ni attendre que la

température s'élève ou que l'état général s'aggrave, il faudra également opérer le plus tôt possible. Si, au lieu d'une seule jointure, deux ou trois restent gonflées, si, en un mot, au lieu d'une monoarthrite on se trouve en présence d'une polyarthrite, on ne devra pas davantage hésiter à prendre le bistouri, puisque, d'une part, on n'aura jamais à ouvrir un grand nombre d'articulations, la détermination définitive restant généralement, comme nous l'avons déjà signalé, oligo-articulaire, et que d'autre part, nous avons pour appuyer notre assertion des observations de chirurgiens ayant ouvert en une seule séance deux ou trois articulations sur le même malade. Nous avons vu aussi d'ailleurs que M. Potherat, après avoir arthrotomisé le même jour, sur le même malade, l'articulation du coude et du poignet, n'a pas eu à se louer de son abstention à l'égard de la tibio-tarsienne qui paraissait en voie d'amélioration, car ce fut la seule jointure qui conserva de la raideur, quand au bout d'un mois son opéré quitta l'hôpital.

Il est difficile de fixer pour l'opération un mouvement mathématique, mais nous ne craignons pas d'avancer que plus l'arthrotomie sera précoce, et meilleurs en seront les résultats consécutifs.

En agissant ainsi, on fera disparaître rapidement les douleurs atroces qui torturent les malades et leur ôtent tout repos. La fièvre tombera presque aussitôt, l'état général s'améliorera très vite; le sommeil et l'appétit reparaitront. Enfin on évitera presque sûrement l'ankylose, en empêchant les adhérences de se constituer et de s'organiser.

CHAPITRE V

RÉFLEXIONS.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir indiqué une méthode systématique de traitement du rhumatisme blennorrhagique. Nous savons que notre étude est bien imparfaite et très-attaquable par certains côtés sans que nous puissions réfuter d'une manière catégorique les objections qui nous seront faites. Nos observations sont peu nombreuses, il nous est impossible d'en tirer des conclusions très-fermes, et nous sommes forcé de laisser dans un doute relatif certains points très-importants. C'est ainsi que nous ne pouvons indiquer d'une façon précise le moment où l'on doit intervenir ni les résultats éloignés de l'opération. Le peu d'observations dont nous disposons ne nous permettent pas non plus de dresser une statistique comparative montrant que la durée de la maladie est moins longue quand on a recours à l'arthrotomie, car ce n'est pas avec quatre ou cinq observations, mais avec cent ou deux cents cas que l'on peut dresser des statistiques de quelque valeur.

Cependant de l'étude consciencieuse, raisonnée et sans parti-pris que nous avons faite, il paraît ressortir d'une façon indiscutable que la douleur, l'état général, la tendance ankylosante sont heureusement influencés par l'ouverture précoce,

et le lavage antiseptique des jointures touchées par le rhumatisme blennorrhagique. Par suite, la marche, la durée et la terminaison de l'affection bénéficient de cette heureuse influence. Ces assertions ne sont pas vaines, elles reposent, il est vrai, sur un petit nombre de faits, mais ces faits sont bien observés. Les résultats comparatifs constatés sur des articulations respectées par les opérateurs viennent également donner une confirmation indéniable à ces assertions. C'est parce que l'arthrotomie appliquée au traitement du rhumatisme blennorrhagique nous a paru rendre réellement service aux malades que nous avons entrepris de faire de ce procédé thérapeutique, employé dans ce cas particulier, l'objet de notre thèse inaugurale. Nous ne nous dissimulons pas les imperfections de notre travail, mais si imparfait qu'il soit, si nous avons fait faire un pas à cette question délicate, notre but aura été atteint. D'autres auteurs pourront dans l'avenir disposant d'observations plus nombreuses, étudier plus complètement ce sujet et élucider quelques points qui restent jusqu'ici forcément obscurs faute de résultats encore suffisamment concluants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

En collaboration avec M. le Dr Thiéry.

H., Emile, 34 ans, mécanicien.

Aucuns antécédents héréditaires à signaler. Père et mère encore vivants et bien portants, n'ayant jamais eu de rhumatismes. Bonne santé habituelle.

En 1886, blennorrhagie compliquée d'un chancre mou et de bubons ; cependant, au dire du malade, elle aurait guéri en peu de jours, et ne l'aurait pas contraint, de s'aliter ou de suspendre son travail, assez pénible pourtant, puisqu'il exerce la profession de mécanicien au chemin de fer.

Le 28 août 1892, en descendant de sa machine, il fait un faux pas et tombe. Le traumatisme s'est borné à une contusion simple, car il n'a constaté en se relevant aucune plaie ou excoriation superficielle des téguments.

Dès le soir même de sa chute, il ressent une douleur extrêmement vive dans le coude droit, qui devient très gonflé, rouge et très-chaud.

La douleur va en augmentant, elle entraîne une impotence fonctionnelle absolue, et elle prive le malade de tout sommeil.

Le gonflement augmente encore le lendemain, il empiète sur le bras, gagne l'avant-bras et la main, où les articulations des doigts se prennent et où les mouvements deviennent également très-douloureux.

1^{er} septembre. — Le malade s'en va consulter à Beaujon où l'on ordonne d'appliquer sur le membre un pansement humide.

Il va se faire panser ainsi tous les jours et continue ce traitement jusqu'au 16 septembre sans en ressentir aucune amélioration. Les douleurs persistaient très vives, en même temps qu'il existait de la fièvre et de l'agitation nocturne.

Le 17 septembre. — Il vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où il est admis et entre à la salle Saint-Landry dans le service de M. le professeur Verneuil, où l'on constate les signes suivants.

Le bras est en flexion légère, une tuméfaction générale et très accentuée, occupe la partie inférieure du bras, le coude, où elle atteint son maximum, l'avant-bras, la face dorsale de la main.

Le membre présente une coloration rosée, la palpation relève un oedème bien accusé, il se forme un godet à la pression. La peau est chaude. Toute tentative d'exploration est absolument impossible.

Il existe de la fièvre. Le thermomètre marque 40°, le jour de l'entrée du malade dans la salle ; la température oscille entre 38 et 39° les jours suivants :

On ordonne l'application de pansements humides quotidiens à l'eau phéniquée faible.

Le 29 septembre. — L'oedème ayant diminué, il devient plus facile d'examiner l'articulation du coude. M. Thiéry, chef de clinique du service, note une douleur vive au niveau de l'interstice articulaire, sur les côtés interne et externe de l'articulation ainsi qu'en arrière de chaque côté de la saillie de l'olécrâne. Les mouvements provoqués sont très-douloureux. Il porte le diagnostic d'arthrite, et en recherchant la cause il découvre que le malade présente un suintement urétral très-net. A la pression sur le méat on fait en effet sourdre une goutte de muco-pus. Le malade avoue d'ailleurs avoir eu des rapports avec une femme suspecte quelques jours avant son accident.

Or, le traumatisme n'ayant pas porté sur le coude puisque le malade très-affirmatif en ce sens nous disait être tombé sur le

côté gauche, il était logique d'admettre le diagnostic d'arthrite blennorrhagique. De plus en examinant le malade plusieurs jours de suite à la visite du matin, on constatait qu'aux phénomènes aigus succédait une raideur articulaire de plus en plus prononcée accompagnée d'une contracture musculaire des plus accentuées. L'avant-bras est immobilisé en flexion légère, il est impossible de le fléchir sur le bras, le malade poussant des cris à la moindre tentative de mobilisation de son coude ; les mouvements de pronation et de supination sont très-limités. Il existe en outre une atrophie musculaire surtout marquée au niveau du bras ; les muscles sont flasques et diminués de volume et le membre supérieur droit pend inerte le long du tronc.

M. Thiéry se décide alors à intervenir par l'arthrotomie pour obvier à la marche de l'ankylose après avoir fait observer au malade que deux méthodes de traitement pouvaient être mises en usage : l'immobilisation par les appareils, l'avant-bras en bonne position, c'est-à-dire à angle aigu et non droit sur le bras, ou l'opération sanglante : la première amenant presque inévitablement l'ankylose plus ou moins complète, étant donnée l'allure aiguë de l'affection ; la seconde lui laissant quelque espoir de la restitution des mouvements.

En présence des douleurs épouvantables que provoque le moindre attouchement, désireux de pouvoir plus tard satisfaire aux exigences de son service, le malade accepte l'arthrotomie.

L'opération est pratiquée sous le chloroforme le 9 octobre par M. Thiéry avec l'aide de MM. Wassilieff, Meunier et Picou, internes du service. Pas d'hémostase par la bande d'Esmarch.

Incision verticale sur la ligne médiane de la face postérieure de l'article. On dégage l'olécrâne que l'on sectionne transversalement à son union avec le cubitus. Fléchissant alors le membre on ouvre largement l'articulation ; les cartilages vascularisés ne sont point érodés ; mais toute la synoviale est bourgeonnante, rouge

cramoisi. On en extirpe la plus grande partie et on modifie le reste à l'aide d'un véritable écouvillonnage de l'articulation avec deux tampons d'ouate imbibés de chlorure de zinc à 1/20. Le nettoyage articulaire étant parfait, on suture l'olécrâne au cubitus à l'aide d'un gros fil d'argent laissé en place. Suture complète de la peau sans drainage.

Pansement, immobilisation par une simple attelle de fil de fer sans appareil plâtré.

Les suites de l'opération furent normalement simples. On imprime dès le sixième jour des mouvements qui sont peu douloureux.

La réunion par première intention étant complète, on put, à partir du quinzième jour, procéder à la mobilisation large de l'articulation et au massage, et en quelques jours les mouvements d'extension spontanés sont rétablis.

Le 3 novembre. — Le malade passe à la Pitié dans le service de M. le professeur Tillaux où l'on continue à pratiquer la mobilisation. On y ajoute des frictions excitantes à l'alcool camphré. L'atrophie musculaire sous l'influence de cette thérapeutique disparaît très-vite.

Le 25 novembre. — M. Thiéry présente le malade à la Société anatomique.

Le 2 décembre. — Nous revoyons le malade. Il porte à la partie postérieure du coude la cicatrice de l'incision et celle des points de suture.

Les muscles du bras ont recouvré leur consistance et leur volume normal. Pas de différence appréciable avec le côté sain. La flexion ne dépasse que très légèrement l'angle droit, néanmoins le malade peut porter la main à sa bouche et sur la tête. L'extension se fait à peu près complètement. Le mouvement de pronation est normal, la supination est encore un peu gênée. Le malade développe à la pression une force aussi considérable de la main

droite que de la main gauche. Il peut se suspendre par ce bras, et il est bien évident que par un exercice quotidien les mouvements de flexion sont susceptibles d'être considérablement augmentés et très-probablement de devenir parfaits.

Ce qui prête un certain intérêt à cette observation et démontre bien l'efficacité du traitement mis en œuvre, c'est ce que l'on observe à l'auriculaire de la main gauche.

L'attention s'étant uniquement portée sur le coude droit, et le malade ne s'étant jamais plaint de la main gauche, on a laissé évoluer une arthrite de l'articulation phalango-phalangienne de même nature que celle du coude, et on note actuellement une ankylose complète de cette petite jointure. La phalange est immobilisée d'une manière absolue et à angle droit sur la phalange.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Wassilieff, interne des hôpitaux.

Femme de 26 ans, bien réglée depuis l'âge de 18 ans, ayant fait une fausse couche il y a deux ans, est entrée en 1890 à l'hôpital Tenon dans le service de M. le Dr Reynier, salle Delessert.

Elle se plaignait de souffrir du genou droit, et voici ce qu'elle raconta : depuis un mois environ, elle perd en blanc jaunâtre abondamment ; jusqu'à il y a 15 jours elle souffrait en urinant. Depuis quinze jours l'écoulement vaginal a diminué ; mais le genou droit est devenu douloureux, rapidement au point, non seulement d'empêcher la malade de marcher, mais encore de dormir. Il y a eu aussi des frissons et de la fièvre.

A son entrée, on constate que le genou droit est tuméfié, sans changement de coloration de la peau, il y a un peu d'œdème du membre qui est dans l'extension et impotent. La moindre pression sur le genou est douloureuse. Les mouvements spontanés

sont impossibles, les mouvements provoqués très-douloureux. Même au repos, la malade éprouve de violentes douleurs.

La région de la hanche est douloureuse à la pression.

L'examen de l'articulation montre qu'il y a un épanchement assez considérable de liquide.

On porte le diagnostic d'arthrite blennorrhagique après examen des organes génitaux.

La température dépasse le soir $38^{\circ},5$. Appareil plâtré et vésicatoire sur le genou ; puis immobilisation et compression.

Au bout de 15 jours, voyant que l'état ne s'améliorait pas, M. Reynier se décide à pratiquer l'arthrotomie.

Sous le chloroforme et avec la bande d'Esmarch on pratique deux incisions verticales de 6 centimètres de chaque côté de la rotule. Il s'écoule une sérosité louche, non franchement purulente, dont on recueille environ $3/4$ de verre à expérience. On lave le genou à l'eau phéniquée forte, et l'on suture en laissant toutefois un drain dans chaque plaie.

Les douleurs diminuèrent considérablement dès le soir, au bout de quatre jours elles avaient totalement disparu.

Le sixième jour, on enleva les points de suture, et l'on fit un lavage à l'eau phéniquée forte. La température ne s'éleva plus au dessus de $37^{\circ},6$.

Le dixième jour les drains furent enlevés et le quinzième jour les plaies étaient complètement cicatrisées.

Trois semaines après on commença la mobilisation qui fut dans les premiers temps très-douloureuse. Mais petit-à-petit, les mouvements devinrent plus aisés et la malade sortit complètement guérie deux mois et demi après son entrée à Tenon.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Walther, chirurgien des hôpitaux.

L... Jeanne, âgée de 22 ans, exerçant la profession de fleuriste, entre le 9 juillet 1892, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. le professeur Tillaux, suppléé par M. Walther.

Antécédents héréditaires. — Père encore vivant, mais souffrant d'une affection cardiaque. Mère encore vivante et bien portante. Un frère atteint de tuberculose pulmonaire, trois sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Fièvre scarlatine à 21 ans. Les premiers rapports sexuels remontent à deux ans. Une fausse couche de six mois et demi il y a cinq mois. Pertes en blanc après cette fausse couche. Rapports sexuels entre la fausse couche et le retour de couches, lequel s'est montré il y a 25 jours.

Deux ou trois jours après le retour de couches, la malade a ressenti des douleurs en urinant, mais au moment même du retour de couches, c'est-à-dire il y a 25 jours, la malade souffrait déjà dans le coude droit, et avait des pertes blanches très abondantes, empesant le linge, ni vertes, ni jaunes.

A ce moment aussi, elle ressentait des douleurs erratiques dans les épaules, les cous-de-pied, les poignets, douleurs qui s'accompagnaient de courbature générale et de la perte des forces ; puis 15 jours avant son entrée à l'hôpital, vers le 25 juin, se montra une douleur très aiguë dans le coude droit. Deux jours après l'impotence fonctionnelle était complète. Son état empirant de jour en jour, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

9 juillet. — L'articulation du coude droit est le siège d'un gonflement considérable, la peau de la région est chaude, et présente une rougeur très accentuée. Les douleurs sont atroces, le mou-

dre attouchement du membre arrache des cris à la malade. Tout mouvement spontané ou provoqué est absolument impossible.

En présence de ces symptômes, et après l'examen des organes génitaux, on porte le diagnostic d'arthrite blennorrhagique aiguë.

Pendant huit jours l'immobilisation dans une gouttière plâtrée n'amène aucune amélioration. La malade ne peut dormir malgré l'emploi des analgésiques et de narcotiques.

Aussi M. Walther se décide-t-il à faire l'arthrotomie.

18 juillet. — L'opération est pratiquée sous le chloroforme, après application de la bande d'Esmarch, et en se conformant strictement aux règles de la plus rigoureuse asepsie.

Arthrotomie par une longue incision suivant le prolongement du bord externe du triceps.

L'articulation est remplie de masses floconneuses, d'aspect fongueux, libres dans la jointure. La synoviale est un peu vascularisée et dépolie, mais présente peu d'altérations. Pas de lésions des cartilages.

Large lavage au sublimé à 1/2000, puis à l'eau bouillie.

Suture avec drain dans le cul-de-sac sous-tricipital. On place également un drain dans le tissu cellulaire sous-cutané, à cause de l'infiltration énorme par une sérosité peut-être septique. Pansement à la gaze iodoformée. Immobilisation au moyen d'une attelle de Bœckel.

A partir du jour de l'opération, disparition complète des douleurs et des phénomènes inflammatoires.

Premier pansement le quatrième jour, ablation des drains.

Deuxième pansement le dixième jour et ablation des sutures.

A partir du quinzième jour, on commence la mobilisation et le massage, qui furent continués jusqu'au 22 août.

A cette date, qui est celle de la sortie de l'hôpital de cette malade, les mouvements de flexion étaient assez étendus pour permettre de porter facilement la main à la bouche, sur la tête

et derrière la nuque. L'extension est presque normale, mais pas absolument complète cependant.

Du reste, M. Walther a cherché constamment à gagner ou à conserver plus de la flexion que de l'extension.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à l'obligeance de M. Walther (Résumée).

Mme D... Elise, âgée de 23 ans, plumassière, entre le 9 juillet 1891, salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu.

Pertes blanches très-abondantes. Endométrite muco-purulente très-intense.

Arthrite blennorrhagique aiguë du coude ; articulation considérablement tuméfiée, rouge, extrêmement douloureuse. Mouvements provoqués ou spontanés impossible. Œdème notable de la région. Réaction fébrile très-accusée.

22 juillet. — L'arthrotomie est pratiquée de la même façon que dans l'observation précédente ; seulement les cartilages diarthro-diaux étaient déjà très-altérés et érodés par places.

A partir du jour de l'opération on note également la disparition complète des douleurs. La malade guérit aussi rapidement de son opération et 15 jours après on peut commencer le massage et les mouvements.

La métrite dont souffrait cette malade nécessita encore de sa part un long séjour à l'Hôtel-Dieu, et quand elle quitta le service, le 23 novembre 1891, elle conservait une raideur plus accentuée que dans le cas précédent ; cependant les mouvements de flexion étaient assez étendus pour lui permettre de porter les aliments à sa bouche et de se coiffer.

Ce qu'il y a de très-intéressant et de très-remarquable dans les observations que M. le Dr Walther nous a com-

muniquées avec une bonne grâce dont nous tenons à le remercier encore une fois ici; c'est, comme nous l'avions déjà signalé d'ailleurs, la disparition rapide, complète, de la douleur dans les quelques heures qui suivent l'opération. Cependant ce chirurgien a remarqué que les résultats acquis au point de vue du rétablissement de la mobilité fonctionnelle des articulations touchées par l'arthrite blennorrhagique, ne restent définitivement acquis et ne peuvent s'améliorer, qu'autant que les malades s'astreignent dans la suite et pendant plusieurs mois à des manœuvres raisonnées de mobilisation. Sans ces quelques soins consécutifs, les jointures présentent une tendance assez grande à contracter de nouveau de la raideur. Mais toutefois cette raideur n'a rien de commun avec l'ankylose fibreuse serrée des arthrites blennorrhagiques graves abandonnées à leur évolution naturelle. Elle peut être facilement combattue ou plutôt prévenue par la mobilisation et les massages.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS.

De l'étude que nous venons de faire nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes qui la résument :

1° L'arthrite blennorrhagique comme toute arthrite infectieuse est justiciable de l'arthrotomie.

2° Les résultats consécutifs seront d'autant plus satisfaisants que l'arthrotomie aura été plus précoce.

3° On devra intervenir aussitôt que le diagnostic d'arthralgie aura été définitivement écarté.

4° L'opération doit être pratiquée avec les règles de la plus minutieuse asepsie, et complétée par un lavage antiseptique abondant et soigné de l'articulation.

5° Le nombre d'articulations atteintes n'est pas une contre-indication à l'arthrotomie.

6° La mobilisation et le massage devront être commencés dès la réunion complète de la plaie opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. — Article
Blennorrhagie. A. Fournier. — Article Rhumatisme
secondaire. G. Homolle.

Dictionnaire des sciences médicales. — Art. Rhumatisme.

Traité de chirurgie. — Arthrite blennorrhagique.

Traité de médecine. — Charcot-Bouchard. Rhumatisme blennorrhagique.

L.-Jullien. — Traité des maladies vénériennes.

Granet. — De l'ankylose dans le rhumatisme blennorrhagique,
thèse Paris 1878.

Urdy. — Considérations sur le rhumatisme blennorrhagique et
plus spécialement sur l'atrophie musculaire consécutive,
thèse Paris 1878.

Brun. — De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique, thèse de
Paris, 1881.

Audry. — Du gonocoque de Neisser et de ses rapports avec
quelques manifestations parablennorrhagiques.

— Annales de Dermatologie et de syphiligraphie, 1887.

Guyon et Janet. — Arthrites blennorrhagiques sans gonocoques.
Annales des maladies génito-urinaires, 1889.

L. Jacquet. — Recherches de clinique et de bactériologie sur le
rhumatisme blennorrhagique. Bull. méd., juin 1892.

Oudin. — Arthropathies blennorrhagiques. Bull. méd., juillet
1892.

Reclus. — Manuel de pathologie ext. (4 agrégés, tome I).

Potherat. — Semaine médicale, 1892, 30 avril, n. 22.

Dubujadoux. — Archives de Médecine militaire, 1890, Tome 15.

Jalaguier. — De l'arthrotomie, thèse d'agrégation, Paris 1886.

Lapersonne. — Des arthrites infectieuses non tuberculeuses,
thèse d'agrégation, Paris 1886.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

